

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 11

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
**l'Eviscération spontanée
post-opératoire tardive**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 16 Décembre 1935

PAR

Joseph RIU

Né le 28 Janvier 1907 à Villelongue-de-la-Salanque (P.-O.)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY :	{	MM. MASSABUAU, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		LAUX, professeur.		
		COLL DE CARRERA, agrégé.		
		GUIBAL, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1 RUE DE SAUVAGES. 1

1935

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE L'EVisCERATION SPONTANEE
POST-OPERATOIRE TARDIVE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 11

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
**l'Eviscération spontanée
post-opératoire tardive**

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier
le 16 Décembre 1935

PAR

Joseph RIU

Né le 28 Janvier 1907 à Villelongue-de-la-Salanque (P.-O.)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

JURY :	{	MM. MASSABUAU, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs.</i>
		LAUX, professeur.		
		COLL DE CARRERA, agrégé.		
		GUIBAL, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DE SAUVAGES, 1

1935

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE,
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES, assesseur.
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.)	VILLARD
Radiologie (Ch. de c.)	TERRACOL
Anatomie (Ch. de c.)	CABANNES
Histologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
	LAUX
	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, GALAVIELLE VALLOIS,
FORGUE, ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON.

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
	COLL DE CARRERA
	CARRERE

Examinateurs de la Thèse

MM. MASSABUAU, prof. président. | MM. COLL DE CARRERA, agrégé.
LAUX, professeur. | GUIBAL, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

*et en souvenir du grand amour
qu'il me voua durant une vie de
travail, de bonté et d'honneur.*

A MA MERE

*pour l'affection dont elle m'en-
toure.*

A MES FRERES, A MES SŒURS

qui m'ont toujours aimé.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Professeur de Clinique Chirurgicale

*Il nous a fait un grand honneur
en acceptant de présider à notre
thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ
COLL DE CARRERA

*Qu'il nous permette de lui expri-
mer toute notre gratitude pour la
sympathie qu'il nous a toujours
témoignée.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ GUIBAL

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DES HOPITAUX
DE CARCASSONNE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES CAMARADES DU BUREAU ET DU COMITE
DE LA SECTION CORPORATIVE DES ETUDIANTS
EN MEDECINE, DE L'ASSOCIATION GENERALE
DES ETUDIANTS
ET DU MONTPELLIER-UNIVERSITE-CLUB

*En leur compagnie, j'ai vécu les
plus belles heures de ma vie
d'étudiant. Je ne l'oublierai
jamais.*

La désunion spontanée post-opératoire tardive est toujours précédée d'une éventration ; celle-là est une complication de celle-ci. L'éventration n'est pas obligatoirement imputable à une faute technique mais seulement au mauvais état des parois abdominales ou à une affection localisée de la plaie opératoire nuisant à la solidité de la cicatrice formée et la rendant par conséquent sujette à se déchirer.

L'éviscération post-opératoire précoce est un accident au cours de la cicatrisation, l'éviscération post-opératoire tardive est la rupture d'une cicatrice. On peut donc définir cette affection l'issue spontanée d'une partie des viscères abdominaux contenus dans une éventration à travers les différentes couches de la paroi qui constituent les enveloppes de l'éventration.

C'est un accident rarement rencontré en clinique ; les travaux qui lui sont consacrés sont anciens et ont peu attiré l'attention des chirurgiens. Alors qu'on trouve dans la littérature plusieurs centaines d'observations d'éviscérations précoces, c'est à peine une cinquantaine de cas d'éviscérations post-opératoires tardives qui a été rapportée. Décrite en 1907 par VON HACKER, VON BRENER en 1918 en a réuni dix-huit cas. ROSENO, en 1923, en avait recueilli quarante-trois cas. Notre maître, M. MASSABEAU ayant traité et guéri dans son service, en 1932, une éviscération post-opératoire tardive, a bien voulu nous confier cette observation.

A son sujet, nous allons faire, de quelques considérations anatomo-cliniques et thérapeutiques, l'objet de ce présent travail.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Nous rapportons quatre observations, dont l'une inédite, est due à l'obligeance de notre Maître, M. le Professeur MASSABEAU. Nous avons pensé illustrer ce très beau et très complet document personnel en le faisant suivre de trois autres observations recueillies au hasard dans la littérature.

OBSERVATION I

*Éviscération spontanée chez une femme âgée de 80 ans
qui présentait une éventration post-opératoire
depuis 35 ans — Réduction — Guérison*

Inédite. Due à l'obligeance de M. le Professeur
MASSABUAU.

Le 8 février 1932, Mme M..., âgée de 80 ans, entre à l'hôpital suburbain pour une éviscération de l'intestin grêle. Cet accident s'est produit 12 heures auparavant ; à minuit, se trouvant au lit, au cours d'une quinte de toux, elle a senti sous sa chemise « quelque chose de chaud qui glissait sur son ventre ». La peau de son abdomen s'était rompue et une anse grêle s'était extériorisée. La malade n'avait pas souffert.

Un médecin appelé aussitôt constate l'accident et s'en retourne après avoir appliqué des gazes et du coton sur les anses. La malade souffre de coliques, mais son faciès est calme, sa température est de 37°5 et le pouls et la respiration sont de fréquence normale. Très lucide, elle raconte qu'elle a été opérée chez elle, il y a 35 ans, par un professeur agrégé de Montpellier, pour une grossesse extra-utérine arrivée à terme. L'intervention, très difficile, qui avait nécessité un drainage, donna lieu à une fistule stercorale qui mit 14 mois à se tarir.

A la suite de ce contre-temps post-opératoire, une éventration est apparue. Cette hernie ventrale ne



Eventration abdominale: Anse éviscérée

(D'après un croquis fait d'après nature)

gênait pas la malade qui menait aux champs une vie rude et très active ; les bosselures de l'éventration se tendaient lorsqu'elle faisait un effort et lorsqu'elle fléchissait le tronc ; un bandage d'abord, puis une simple ceinture suffisait à la maintenir.

A l'examen, on découvre s'étalant en W, une anse intestinale grêle qui repose sur la racine de la cuisse et sur les poils du pubis. Exposées à l'air depuis 12 heures, les parois de cette anse sont rouges, dépolies, cartonnées et agglutinées entre elles par des fausses membranes jaunâtres. Elle sort de l'abdomen par un orifice ovale dont les bords sont lisses, rigides et blanchâtres et situé à la base d'une poche d'éventration.

Les anses éviscérées, très adhérentes aux pièces du pansement, sont parsemées de débris de coton. Il n'est pas possible d'attirer hors de l'abdomen une portion plus grande d'intestin grêle, l'anneau cutané très serré empêche cette manœuvre ; l'anse éviscérée présente de l'engouement.

Le ventre de la malade est étalé et la paroi abdominale soulevée par quatre bosselures ayant le volume des deux poings ; l'une d'elles, hypogastrique et sus-pubienne, ressemble à un scrotum distendu par une hydrocèle. La peau qui les recouvre est brune, pigmentée et parsemée de vergetures (cette femme a eu cinq grossesses).

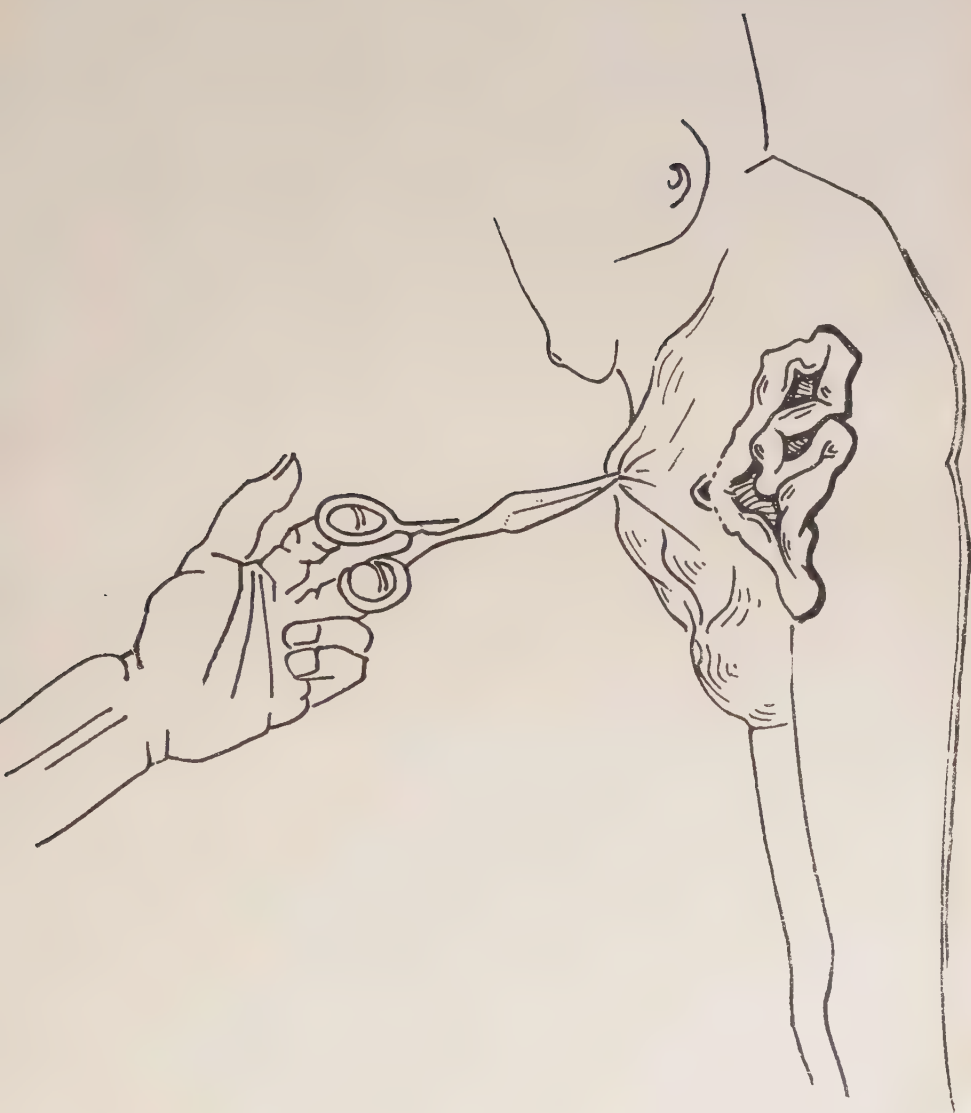
Quand on palpe l'abdomen, au niveau de ces hernies ventrales, on les trouve molles et gargouillantes ; elles contiennent de l'intestin ; les anses sont sous la peau ; entre elles et la peau point de muscles. Les muscles droits sont refoulés et recouvrent la partie externe des fosses iliaques,

La malade est aussitôt amenée à la salle d'opération. On procède à un nettoyage minutieux des anses intestinales au sérum artificiel tiédi et l'on détache avec précaution la gaze et surtout le coton qui les recouvrent ; certains débris sont tellement adhérents que l'on doit les abandonner pour ne pas prolonger la durée de ces manœuvres et pour épargner la surface intestinale que ce décollement laisse dépolie et saignante sur plusieurs points. Sous anesthésie générale à l'éther, l'orifice cutané qui donne passage à l'anse éviscérée est débridé et agrandi au moyen d'une incision verticale, longue de 8 centimètres. La peau qui recouvre l'éventration est réséquée ; la paroi est alors saisie en masse à l'aide de pinces de Museux qui « tirent au plafond ». L'on peut ainsi pratiquer la réduction des anses, besogne laborieuse, la distension qu'elles présentent les faisant échapper hors de la cavité abdominale.

La fermeture de la paroi est faite en un seul plan à l'aide de fortes soies tressées et souples ; le drainage, vu l'état septique des anses et la présence d'une légère ascite, est jugé utile et réalisé par deux drains, l'un allant vers la fosse iliaque et l'autre vers le Douglas.

Cette intervention ne fut suivie d'aucune complication pulmonaire malgré le grand âge de l'opérée. Les fonctions intestinales se rétablirent dès le lendemain. Une désunion de la peau se produisit et la plaie opératoire s'épidermisa par cicatrisation secondaire au bout de trois mois seulement.

Lorsque la malade quitta l'hôpital, son état général était excellent et l'intervention pratiquée lui laissait une paroi abdominale, faible évidemment, mais résistant aux efforts et à la toux.



Point de sortie de l'Anse éviscérée

OBSERVATION II

Episcération post-opératoire après laparotomie sous-ombilicale — Intervention — Guérison

E. CESTAN, in. Toulouse-Médical, 1^{er} novembre 1900.

Paysanne opérée deux ans auparavant pour kyste de l'ovaire : en soulevant un sac, elle sentit craquer sa paroi abdominale et l'intestin glisser sur ses cuisses ; pendant deux heures, les viscères ne furent protégés que par une chemise sale. La réduction fut faite après toilette sommaire et la plaie réunie par une suture en masse. Tout se passa fort bien et la malade guérit.

OBSERVATION III

Episcération post-opératoire trois ans après une cure radicale de hernie ombilicale Intervention — Guérison

CHAVANAZ, in. Revue de Gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux, 1900. Tome II, N^o 5.

Cure radicale de hernie ombilicale. Reproduction de la hernie deux ans après. Dans un effort de défé-

cation, rupture de la cicatrice, sortie des viscères que la malade recueille dans son tablier. Amenée à l'hôpital, elle est opérée d'urgence. Nettoyage, réintégration, suture de la paroi. La malade a guéri.

OBSERVATION IV

Eviscération post-opératoire tardive chez une femme de 75 ans, cinq ans après une cure radicale de hernie crurale — Intervention — Guérison

ROSENO, in Deutsch, Méd. Woch. Tome XLIX, n° 46, 16 novembre 1923, p. 1440.

Une femme de 75 ans est opérée en 1918 d'une hernie crurale étranglée. Cicatrisation par seconde intention et récidence de la hernie un an après, avec accroissement progressif.

Néanmoins, la malade continue son travail, quand, le 21 février 1923, une heure après s'être levée, elle ressent une fluidité chaude le long de sa jambe droite qu'elle croit d'abord être de l'urine ; la découverte des anses intestinales amène la malade à se coucher immédiatement. Dans la région crurale droite, la peau est rouge et éclatée ; au dehors, se trouvent des anses intestinales recouvertes d'exsudat fibrineux formant une masse du volume d'une tête d'adulte ; la malade est aussitôt opérée : réduction de l'intestin dans la grande cavité après quelques points de suture sur la séreuse en divers endroits. Résection pénible du sac

en raison d'adhérences et suture de l'arcade crurale à l'aponévrose pectinée. Drainage et tamponnement.

La malade se lève le sixième jour ; guérison au quatorzième jour qui se maintient sans récurrence.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

PAROI ABDOMINALE

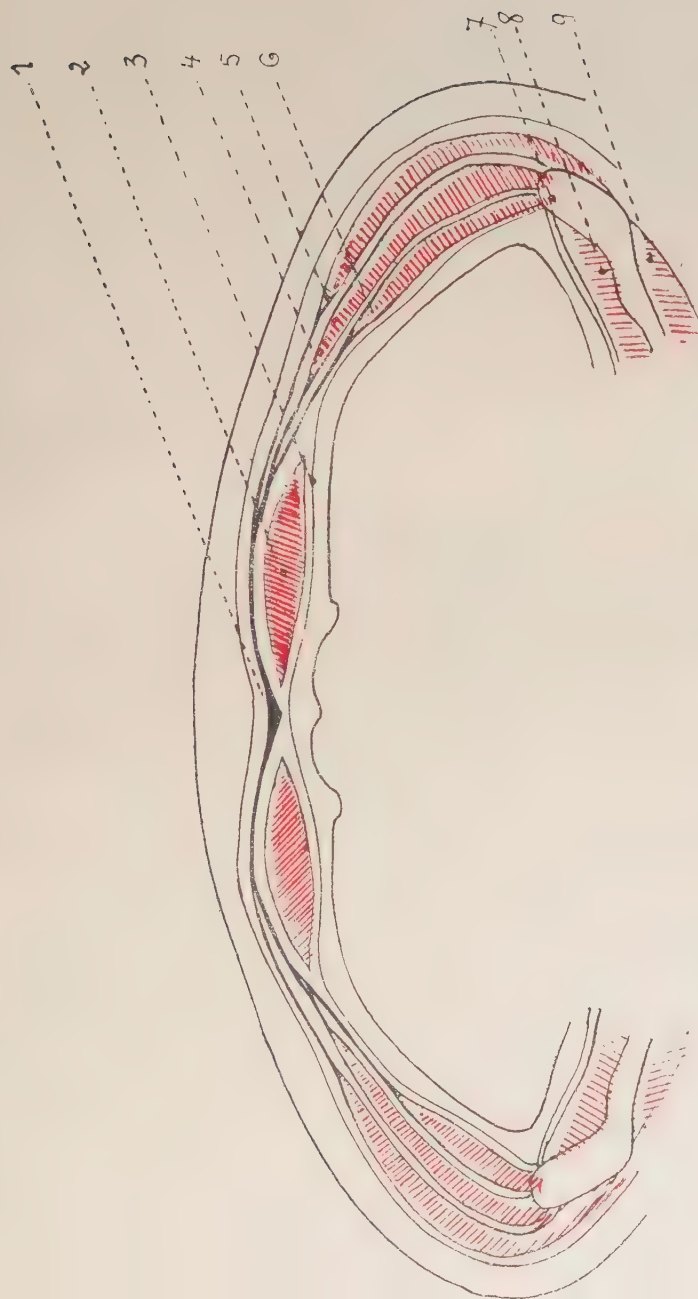
La simple vue et la palpation de l'abdomen de la malade de l'Observation I, révélait qu'elle était porteuse d'une éventration. Quatre tuméfactions avon-nous vu, bosselaient la paroi et formaient comme au-tant de tumeurs molles dont les enveloppes très min-ces, dépourvues de toute consistance, séparaient la main des anses intestinales. Ces bosselures, qui pré-sentaient chacune une hernie ventrale, étaient isolées les unes des autres par des îlots fibreux aponévroti-ques résistants ; une palpation minutieuse montrait que les muscles droits avaient été refoulés et que leurs bords internes réunis normalement sur la ligne blan-che laissaient entre eux un écartement de vingt cen-

timètres au moins. Ce diastasis considérable figure sur le schéma N° II.

Voici, rapportées avec exactitude, les constatations anatomiques qui ont été faites chez la même malade. L'orifice cutané par lequel sortait de l'abdomen une anse intestinale, conduisait à une poche ayant le volume des deux poings, dont la paroi était constituée uniquement par la peau. Cette cavité communiquait avec la cavité abdominale par un orifice musculo-aponévrotique ovale ayant 8 centimètres de long sur 5 de large ; ses bords étaient résistants et lisses ; la paroi externe de cet orifice était constituée par le muscle grand droit gauche et sa partie interne par les aponévroses abdominales. Le péritoine, adhérent au pourtour de l'orifice fibreux profond, ne tapissait pas la poche.

Ainsi, nous nous sommes trouvé en présence non pas d'une hernie ventrale avec sac péritonéal — comme dans les éventrations spontanées par aplasie congénitale d'un segment musculo-aponévrotique de la paroi — mais d'un véritable prolapsus sous-cutané de l'intestin sans sac péritonéal, produit à la faveur d'une fissure, d'un hiatus de la paroi ; la peau, seule, avait résisté.

Les anses intestinales étaient situées directement sous la peau, au-devant du plan aponévrotique de la paroi ; ces constatations sont exceptionnelles ; nous n'avons trouvé semblables dispositions au cours de nos recherches bibliographiques que dans les relations de VON SAAR (1909) et de ROSENO (1924).

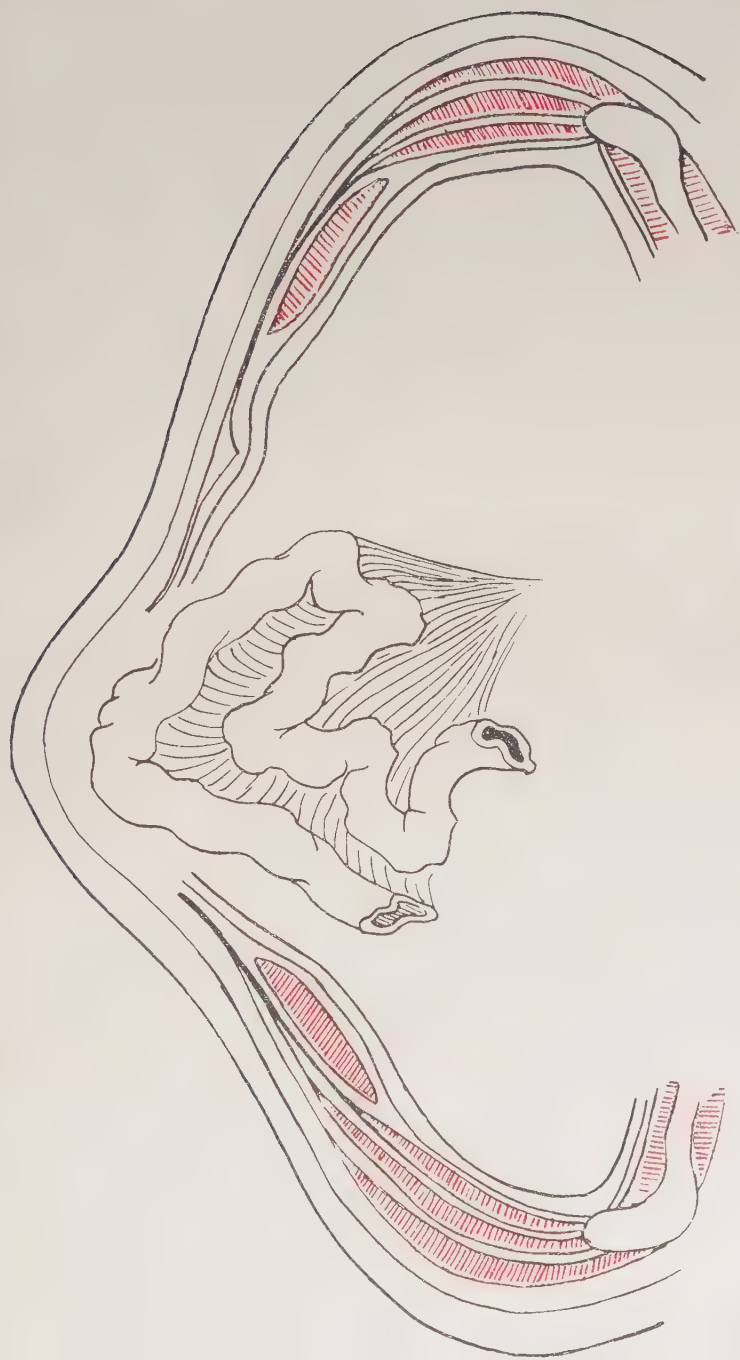


SCHEMA N^o I

*Coupe horizontale des muscles et des aponévroses de la paroi abdominale
passant au-dessous des arcades de Douglas*

(D'après Rouvière)

1. Ligne blanche. — 2. Grand droit. — 3. Fascia transversalis. — 4. Petit oblique. — 5. Grand oblique. — 6. Transverse. — 7. Crête iliaque. — 8. Iliac. — 9. Moyen fessier.



SCHEMA N° II
Disposition des muscles, des aponévroses et du péritoine

LÉSIONS CUTANÉES

La peau qui cède à la poussée d'une tension intra-abdominale même intense, est bien rarement saine. La rupture brutale de la peau, véritable éclatement, a été signalée trois fois seulement. La peau qui recouvre les éventrations, a été, en général, le siège d'une infection prolongée ; ce n'est donc pas un orifice aux contours irréguliers, déchiquetés et saignants, mais un orifice cutané, régulier, aux bords minces et sclérosés par lequel se produit l'éviscération. Il s'agit, en réalité, d'un véritable ulcère torpide, à bords ligneux, dont la progression lente, excentrique et profonde à la fois, a atteint la peau sur toute son épaisseur.

La peau, aux alentours de l'ulcération, est sèche, fine, pigmentée, eczématisée par places, rouge et suintante en d'autres endroits. Cet état est précédé de poussées de dermite répétées ou de lymphangite diffuse ordinairement atténuées et récidivantes, qui aboutissent à l'induration fibreuse de l'ulcération.

Les lésions d'intertrigo telles qu'on les rencontre au niveau du sillon sous-mammaire ou des plis abdominaux, sont souvent très nettes. Il se produit secondairement une dermite ulcéreuse par troubles trophiques que favorise la pullulation indéfinie des germes saprophytes de la peau dont est témoin la mauvaise nutrition des régions avoisinantes.

ORGANES ÉVISCÉRÉS

Dans la plupart des éviscérationes spontanées qui ont été publiées, c'est l'intestin grêle, accompagné ou

non d'épiploon, que l'on retrouve le plus souvent. La longueur de l'anse est très variable : 75 cm. (observation I) ; 10 cm. (Observation de CROSBY), ou la presque totalité de l'intestin grêle (observation de SCHAEFFER). Le coecum, le colon ascendant et le transverse ont été parfois découverts, très rarement l'estomac (observation de MONGIE). Les viscères herniés conservent leur aspect normal s'ils ont séjourné peu de temps au dehors de la cavité abdominale, mais bientôt, au bout de cinq à six heures en général, leur paroi prend une teinte rouge violacé, en même temps qu'elle s'œdématie. Ces lésions tiennent, en majeure partie, à l'infection et à la dessiccation par le milieu extérieur, mais aussi aux troubles circulatoires dus à la constriction par l'anneau cutané, troubles semblables à ceux présentés par les organes étranglés au niveau de l'anneau crural ou de l'anneau inguinal. Il est évident que l'état des viscères sortis de l'abdomen varie considérablement d'un cas à l'autre et dépend des violences qu'ils ont subies (compressions, manipulations, chocs, etc...).

MADLUNG, le premier, avait noté les lésions dues à l'étranglement dans les éviscérations, étranglement qui peut se produire également à l'intérieur de la hernie ventrale, au travers de l'anneau fibreux qui la fait communiquer avec la cavité péritonéale. Les lésions présentées par l'anse, l'impossibilité d'accroître la longueur de l'anse éviscérée et, enfin, le liquide trouvé dans la cavité abdominale, sont les preuves de cet étranglement.

SCHEMA N° III



Eviscération avant l'Eviscération. Remarquer la disposition du péritoine

1. Peau. — 2. Aponévrose. — 3. Grand droit. — 4. Péritoine

CHAPITRE III

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

L'éviscération post-opératoire spontanée tardive est un accident rare qui peut atteindre les individus des deux sexes, les sujets âgés étant les plus menacés. L'éviscération se produit quelques mois ou quelques années après l'opération. Chez la malade du professeur MASSABUAU, c'est 35 ans après une laparotomie que l'éviscération est apparue.

A la base des accidents qui nous occupent, avons-nous noté, se trouve l'éventration ; sans éventration, pas d'éviscération. Il faut, en effet, une paroi peu résistante, usée et mince, pour permettre l'issue des anses intestinales. Nous envisagerons successivement : les causes prédisposantes, l'éventration et les lésions cutanées ; une cause déterminante : l'augmentation de la pression intra-abdominale au cours d'un effort.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

L'éventration post-opératoire

Beaucoup de facteurs interviennent pour s'opposer à la cicatrisation de la ligne d'incision et prédisposer à l'éventration : la longueur et le siège des incisions (incision médiane, sous-ombilicale surtout). Les parois à panicule adipeux, sous-cutané et sous-péritonéal, très épais, se prêtent mal aux affrontements exacts des plans musculo-aponévrotiques. De même que chez les sujets amaigris, les muscles atones et les aponévroses friables ne résistent pas au catgut qui les rapproche.

L'infection de la ligne de suture doit souvent être incriminée, les hématomes suppurés atteignant la résistance de la paroi, et diminuant d'autant la solidité de la cicatrice. Les abcès des parois, à distance de la plaie opératoire jouent le même rôle néfaste. L'affaiblissement de la paroi herniaire, tenant souvent d'une dystrophie générale, augmente sans cesse par la constante poussée herniaire. Si, par un défaut d'hémostase, un abondant caillot se forme entre les lèvres musculo-aponévrotiques, les surfaces à coapter ne sont plus en contact immédiat. « C'est par une interposition, écrit ACQUAVIVA, que le cal ne se consolide pas et se crée une pseudarthrose ».

Cette dislocation de la paroi est d'autant plus marquée s'il s'agit de femmes ayant eu de multiples grossesses qui ont rendu les tissus moins résistants.

Dès lors, sous l'influence des divers facteurs que nous venons d'énumérer, la paroi abdominale, au niveau de la cicatrice s'est laissé forcer ; ses éléments aponévrotiques ont été dissociés. Les anses intestinales

SCHEMA N° IV



Poche d'éventration après l'éviscération

sont contenues par les aponévroses, le péritoine et la peau ; dans des cas plus rares, la peau seule recouvre les anses intestinales.

Lésions cutanées

La paroi herniaire affaiblie qui résulte de cette éventration est soutenue par des bandages et des ceintures qui déterminent sur la peau des irritations chroniques. Au pli de flexion des poches herniaires, se localise, favorisée par une hygiène défectueuse, une dermite avec suintement et phénomènes d'infection secondaire. Nous avons vu qu'elle consistait essentiellement en lésions d'intertrigo et d'eczéma. Ainsi, une cicatrisation défectueuse a donné lieu à une éventration et, sur ce point faible de la paroi abdominale, une maladie chronique des téguments herniaires vient augmenter sa déficience et préparer sa désunion.

CAUSE DÉTERMINANTE : L'EFFORT

Si l'influence des facteurs précités est plus ou moins évidente selon les cas, il y a une cause qui apparaît toujours primordiale : c'est l'effort. Cette paroi abdominale peu solide, doit s'opposer à la poussée continue des viscères. Dans ces poches herniaires, en effet, la masse intestino-épiploïque qu'elles contiennent est toujours très volumineuse ; et cette masse exerce une pression très sensible sur les parois herniaires qui finissent par s'amincir. Si l'on songe aussi qu'elles doivent s'opposer aux crises de subocclusion qui se produisent dans ces poches d'éventration, l'intestin,

par un brusque afflux de gaz, se coudant sur l'anneau fibreux qui est l'équivalent des anneaux fibreux naturels de la paroi abdominale (anneau inguinal profond ou anneau crural), on s'explique la perte graduelle de la résistance des enveloppes herniaires. Après que la malade de l'Observation I fut opérée, il nous a été donné d'observer des faits analogues : certains jours, l'éventration qu'elle portait au-dessus du pubis se tendait et devenait douloureuse à la palpation en même temps que la malade souffrait de coliques abdominales, violentes et d'un arrêt des matières et des gaz. Un taxis fait avec douceur, sur la hernie ventrale, amenait la cessation de ces accidents par réduction de ce véritable engouement herniaire. On comprend que de tels accidents diminuent la solidité de la paroi ; si, d'autre part, les téguments sont atteints de dermite ulcéreuse, une solution de continuité de ces enveloppes, sous l'influence de la pression, devient possible.

1. *Les efforts de toux*

Ils sont notés dans de nombreux cas d'éviscération et les pneumopathies chroniques ou aiguës sont la cause de ces accidents post-opératoires. Une simple quinte de toux suffit pour expulser de l'abdomen, à travers la mince enveloppe cutanée, une longueur plus ou moins grande d'intestin grêle.

2. *La sternutation*

3. *Les vomissements.*

Telle la malade de MADELUNG qui, à la suite d'une indigestion, vit son éventration céder au cours des efforts et se rompre.

4. Les efforts pour soulever une charge

Un malade de Roux (de Lausanne), porteur d'une hernie ventrale volumineuse, assista à un éclatement de sa paroi en essayant de charger sur ses épaules, un pesant fardeau de linge. Exceptionnellement, la sortie des viscères se fait sans cause apparente. On voit combien l'étude des lésions pariétales qui ont préparé et favorisé l'éviscération post-opératoire tardive éclaire avec netteté son mécanisme.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC

L'éviscération est un accident qui effraie le malade, son entourage et le médecin et qui, contre toute attente, et malgré son allure dramatique, a une évolution le plus souvent favorable. Dans les dix-huit cas recueillis par MADELUNG, les 18 malades ont guéri. ROSENQ, qui en 1923, rapportait 43 cas, notait 37 guérisons.

CESTAN, VON SAAAR, eux aussi, avaient remarqué la bénignité habituelle d'une infection en apparence si grave. Pozzi, à la Société de chirurgie, s'étonnait que « la large ouverture du péritoine soit moins grave qu'on ne pourrait le croire ».

La malade de CESTAN (observation 2), dont les viscères ne furent protégés durant deux heures que par une chemise sale, guérit après toilette sommaire et réduction des anses.

ROUX a observé une malade dont les intestins recouverts de « pommade, de poils et de mie de pain », furent réduits six heures après l'accident; la malade guérit.

JONES, lui aussi, a rapporté l'histoire d'une étonnante guérison: une femme était porteuse d'une hernie crurale récidivée volumineuse: cette hernie formant une véritable tumeur pédiculée, avait glissé entre les cuisses de la malade qui, en s'asseyant, l'avait fortement comprimée. Le poids du corps la fit éclater et l'intestin grêle glissa sur la peau des cuisses. Convaincu de se trouver en présence d'une situation désespérée, le chirurgien ne prit même pas soin d'enlever la poussière et la mousse de savon qui souillaient les anses intestinales. La réduction des anses dans l'abdomen et la fermeture de la paroi amenèrent la guérison, trois semaines plus tard.

La bénignité de l'éviscération n'est pas toujours aussi grande: le choc post-opératoire, l'infection péritonéale et les complications pulmonaires élèvent la mortalité de cette affection à 12 % (MADELUNG). Il y a lieu d'insister sur l'état de propreté des téguments avec lesquels l'intestin vient en contact, le temps qu'il reste hors du ventre, la précocité de l'intervention, les difficultés plus ou moins grandes de la réduction et la résistance du sujet. On conçoit combien ces diverses conditions peuvent faire varier le pronostic.

Peut-on donner une explication à la faible mortalité qu'entraîne l'éviscération spontanée tardive ?

Il semble que le péritoine tant pariétal que viscéral sans cesse exposé à des froissements, à des traumatismes, est soumis à une irritation continue ; il devient plus tolérant et sa susceptibilité s'émousse. Très souvent, les poussées de péritonite chronique, avec adhérences, ont altéré la structure du péritoine et mis la séreuse dans des conditions particulières de résistance. D'autre part, les viscères qui habitent depuis longtemps une cavité d'éventration, surtout si celle-ci n'est point tapissée de péritoine, cessent, pour ainsi dire, d'être des organes intra-abdominaux ; le jour où les viscères se trouvent au dehors, ils sont plus résistants vis-à-vis des souillures auxquelles ils sont exposés.

Le fait principal est que le pronostic de l'éviscération tardive est relativement bénin ; il est curieux de le rapprocher de celui de l'éviscération post-opératoire précoce toujours beaucoup plus sérieux.

L'éviscération tardive guérit, mais récidive souvent ; les sutures faites sur des tissus déficients ne donnent pas, en général, des parois solides ; et il faut toujours craindre une récidive avec nouvelle rupture. De plus, l'intervention revêt un caractère d'urgence qui cache mal avec toutes les précautions à prendre pour constituer une paroi abdominale résistante. DÆBLIN a rapporté le cas d'une malade qui présenta deux éviscération successives en des points différents de la paroi abdominale.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

TRAITEMENT PRÉVENTIF

Pour prévenir une éviscération, il faut avant tout éviter l'éventration par :

Une hémostase minutieuse qui préviendra les hématomas ;

Des sutures soignées des parois ; affrontement parfait sans négliger la fermeture des commissures et en évitant les inclusions de graisse et d'épiploon dans les tranches de l'incision ;

Une suppression du drainage aussi précoce que possible.

Si l'éventration s'est produite, il faudrait la traiter soit opératoirement : réfection méthodique de la paroi

plan par plan, en prenant soin d'affronter muscles et aponévroses sur trois étages, soit par le port d'une ceinture si l'état du malade interdit la cure radicale. Cette ceinture sera régulièrement surveillée, en même temps que l'on veillera à une hygiène rigoureuse de la peau, dont les lésions, même minimales, seront traitées aussitôt.

Ce traitement prophylactique est d'importance.

TRAITEMENT CURATIF

LECÈNE conseille formellement l'anesthésie générale qui permettra d'exécuter rapidement les manœuvres suivantes :

1° Protection des anses par des compresses imbibées de sérum artificiel chaud ;

2° Raser et nettoyer les zones qui avoisinent les anses éviscérées ;

3° Désinfection mécanique des anses à l'aide de compresses ou de pinces ; on supprimera les corps étrangers qui peuvent être accolés à la surface des parties herniées ; on utilisera le sérum artificiel tiède pour laver les anses en se gardant de toute manœuvre intempestive qui déperitoniserait et ferait saigner ;

4° Débrider l'anneau cutané par une incision verticale ou horizontale ;

5° Incision cutanée du pourtour de cet anneau ;

6° Vérification anatomique des parois de l'anse éviscérée. Il faut, pour cela, attirer l'intestin au-delà du collet et se rendre compte du pédicule de l'anse éviscérée afin de parer à une altération, si elle existe ;

7° Saisir et « tirer au plafond » le pourtour fibromusculaire de l'orifice herniaire à l'aide de pinces de Museux ;

8° Réduction des anses intestinales.

La réintégration se fera à l'aide d'une grande compresse introduite à la suite des anses grêles. L'anesthésie générale est d'un grand secours pour cette réduction ; et les avantages qu'elle apporte ici, compensent le choc et les complications pulmonaires qu'elle peut entraîner ;

9° Drainage : Il est prudent d'y recourir étant donné la septicité certaine des viscères réintégrés ;

10° Réfection de la paroi : Il faut aviver aux ciseaux et au bistouri, les bords de l'orifice fibromusculaire abdominal. La suture en étages, à plans multiples, après dissection de la paroi, et reconstitution des plans anatomiques, est selon LECÈNE, le procédé de choix. Elle n'est pas toujours possible, et le manque d'étoffe gêne ces interventions réparatrices. Néanmoins, il est possible d'obtenir une paroi solide, par une suture en masse, après avivement toujours, grâce à des fils de bronze ; certains chirurgiens préfèrent employer la soie tressée ou les crins qui traumatisent moins une paroi peu résistante, aux muscles friables et grêles.

En résumé, réduction après nettoyage des organes éviscérés, puis fermeture de la cavité péritonéale avec drainage de préférence, voilà le traitement logique de l'éviscération spontanée post-opératoire tardive.

CONCLUSION

L'éviscération spontanée tardive est une complication de l'éventration post-opératoire, imputable toujours au mauvais état des parois abdominales ou à une affection localisée sur les téguments. Contre toute attente, l'issue de tels accidents est favorable et la mortalité qu'ils entraînent est très faible.

BIBLIOGRAPHIE

ACQUAVIVA (Antoine). — L'éventration post-opératoire, ses causes, sa prophylaxie, son traitement. *Thèse Montpellier*, 1921, n° 37.

BARTHÉLÉMY. — Les hernies abdominales latérales. *Bulletins et mémoires de la Soc. Nat. de Chirurgie de Paris*, 1919 - xiv, pages 1313-1319.

BAUBY. — Trois cas d'éviscérations post-opératoires spontanés. *Archives provinciales de Chirurgie*, 1900, p. 332.

BRIANSON. — De l'éviscération post-opératoire spontanée. *Thèse Toulouse*, 1901, n° 444.

CAVAZZANI. — Caso di eviscerazione spontanea. *Clin. Chir., Milano*, 1901.

CHAVANNAZ. — *Revue de Gynécologie, d'obstétrique et de Pédiatrie, de Bordeaux*, 1900. Tome II, n°s 5 et 6.

— *Bulletin Médical*, 1900.

CESTAN. — Quatre cas d'éviscération spontanée. *Toulouse Médical*, 1^{er} novembre, 1900.

— Deux nouveaux cas d'éviscération post-opératoire spontanée. *Toulouse Médical*, 1906.

CHENU. — Contribution à l'étude de la cure chirurgicale des éviscérations post-opératoires. *Thèse : Lyon*, 1913, n° 91.

DEMEL. — Résultat du traitement opératoire des éviscérations. *Wiener klinische Wochenschrift*, An XLII, n° 15, 11 avril 1922, p. 481-484.

DEMMER. — La fermeture des hernies ventrales compliquées, ou particulièrement volumineuses. *Wiener klin. Wochens*, An LXII, n° 25, 6 juin 1929, p. 772.

DEMONS. — Eviscération post-opératoire. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1906, n° XXXVI, p. 652.

DÖEBELIN. — *Deutsche. Med. Wochens*, 1899, n° 48.

ENGELKE. — La prophylaxie de l'éviscération cicatricielle. *Münchener medizinische. Wochenschrift*, an LXXIX, n° 13, 25 mars 1932.

FORGUE et MASSABEAU. — Traité de gynécologie, in collect. LEDENTU-DELBET.

HENKEL. — Eventration post-opératoire. *Zentralblatt für Gynakologie*, An. LIX, n° 35, 1930.

HOMER. — Rupture des cicatrices abdominales post-césariennes. *The Journ. of the American Medical Association Chicago*. An XCIII, n° 11, 14 septembre 1929.

JUDD. — Traitement des éventrations. *Surgery, Gynecology obstetrics*, 1912, Tome xiv, p. 175.

KATZ-TCHEBYCHEFF (Mme Catherine). — De la rupture spontanée des enveloppes herniaires. *Thèse Paris*, 1901, n° 431.

E. KUMMER (Genève). — Le prolapsus intestinal sous-cutané, par rupture de la sangle musculaire abdominale. *Schweizerische medizinische Wochenschrift*. An LIX, n° 9, 2 mars 1929, p. 265-267.

LATZKO. — Eventrations post-opératoires. *Zentralblatt für Gynacologie*. An LIX, n° 23, 7 juin 1930.

LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique Chirurgicale*, Tome III, p. 72.

MADELUNG. — Éviscération tardives post-opératoires. *Zentralblatt für chir.* n° 30, 1905.

MONOD et KIRALY. — L'éviscération post-opératoire spontanée chez l'adulte. *Presse Méd.* An XXXVII, n° 16, 23 février 1929, p. 253-254.

RECOURS. — De l'éviscération post-opératoire spontanée. *Th. Bordeaux*, 1901.

ROGER. — *Paris-Médical*, 1919, T. ix, p. 239.

ROSENO. — Ruptures herniaires spontanées. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. T. XLIX, n° 46, 16 nov. 1923, p. 1440-1441. *In. Journ. de Chir.*, 1924, T. I, p. 177.

VON SAAR. — Prolapsus intestinal sous-cutané. *Bertrage für Klin Chirurgie*, 1909, T. xli, p. 502.

SIGALAS. — *Bull. de la Soc. Grecque de chirurgie* :
avril 1929. Explanchnose post-opératoire.
Revue de Chir. 1932, n° 1.

STEPHANT. — Complication des éventrations post-opé-
ratoires. *Th. Bordeaux*, 1906, n° 115.

TONDEUR. — Eventration ulcérée, éviscération du
grêle. Le scalpel (*Bruxelles*, an LXXXVII, n°
22, 2 juin 1934.

TOURNEMEILLE. — *Th. Paris*, 1901.

VANGHAN. — Spontaneous rupture of ventral hernia.
Surgery clin. Chicago 1918, T. II, p. 263-268.

VILLARS. — Hernie ventrale en masse : *American
Journ. Surgery, New-York*, vol. XXXVII, n° 4,
avril 1923.

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la thèse ayant pour
titre:

« Contribution à l'étude
de l'éviscération spontanée
post - opératoire tardive »
par Joseph RIU

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 12 décembre 1935,

Le Professeur,

MASSABUAU.

Vu:

Montpellier, le 12 décembre 1935,

le Doyen,

EUZIERES.

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 13 décembre 1935,

Le Recteur,

TAILLIART.

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
